

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

46

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Francis SALVI

Interne des Hôpitaux de Nice

Né le 23 Avril 1909, à Nice (Alpes Maritimes)

UN DES ASPECTS

DE LA

SYPHILIS PULMONAIRE

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

ANNÉE 1937

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Francis SALVI

Interne des Hôpitaux de Nice

Né le 23 Avril 1909, à Nice (Alpes Maritimes)

UN DES ASPECTS
DE LA
SYPHILIS PULMONAIRE

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

Le Doyen..... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
	LENCORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	EEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale..... ABRAMI
 Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie..... BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale..... COSTE.
 Physique..... DOGNON.
 Urologie..... FEY.
 Parasitologie..... GALLIARD.
 Bactériologie..... GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie..... GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie..... GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie.. HALPHEN.
 Pharmacologie..... HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène..... JOANNON.
 Obstétrique..... LACOMME.

MM.

Pathologie chirurgicale.. MENEGAUX
 Obstétrique..... LANTUEJOL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Pathologie médicale..... LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie..... Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUTZ IL.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique..... PORTES.
 Ophtalmologie..... RENARD.
 Physiologie..... RICHET.
 Chimie biologique..... SANNIÉ.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie expérimentale TROISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique..... VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie..... BUSQUET.
 Physiologie..... CHAILLEY-BERT.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Anatomie pathologique.. LEROUX.
 Obstétrique..... VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.
AUBERTIN.		BROCQ.
BRULÉ.		CADENAT.
CHABROL.		GATELLIER.
DONZELOT.		MOURE.
DUVOIR.		QUENU.
LIAN.		SCHWARTZ.
PASTEUR-VALLERY- RADOT.		VELTER.
SEZARY.		
	} Clinique chirurgicale	
	} Clinique obstétricale..	
MM.		
ECALLE		
METZGER.		

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*En reconnaissance des sacrifices
qu'ils se sont imposés pour
moi.*

*Leur vie a toujours été pour moi,
un exemple d'abnégation et de
travail.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR GOUGEROT

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES

Qui a bien voulu me faire l'honneur de Présider ma thèse : Témoignage respectueux de ma très grande reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

Hommage respectueux.

A MON MAITRE LE DOCTEUR J. MARASSI
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
MEDECIN DES HOPITAUX DE NICE

*Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse :*

*Qu'il nous permette de lui exprimer
ici, notre très vive reconnaissance
pour tout ce qu'il nous a appris
quand nous étions son interne,
mettant à notre entière disposition,
son laboratoire, ses observations et
ses précieux conseils.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

LES PROFESSEURS :

VAQUEZ (*in mémoriam*);

LENORMAND;

LOUIS RAMON

LEREBOUILLET;

GOUGEROT;

LEMIERRE;

GUILLAIN;

COUVELAIRE.

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NICE

A MONSIEUR LE Dr. VIAN
MEDECIN DES HOPITAUX DE NICE

*Nous le remercions du Paternel
intérêt qu'il nous a porté et de
la confiance qu'il nous a témoi-
gné pendant que nous étions
son Interne.*

A MONSIEUR LE Dr. MAZET
MEDECIN DES HOPITAUX DE NICE

*Qui m'a marqué la plus grande
confiance dans son service,
hommage de ma gratitude.*

A MONSIEUR LE Dr. GAGLIO
MEDECIN DES HOPITAUX DE NICE

*Dont nous avons l'honneur ac-
tuellement d'être l'Interne. Il
a droit à notre reconnaissance
pour les sages conseils et les
marques de bienveillant intérêt
qu'il ne cesse de nous prodi-
guer, hommage de mon res-
pectueux attachement.*

A MONSIEUR LE Dr. DUPLAY
MEDECIN DES HOPITAUX DE NICE

Hommage respectueux.

A L'ADMINISTRATION ET AU CORPS MEDICAL

DES

HOPITAUX DE NICE

*Qui ont toujours fait preuve à
notre égard de grande bienveil-
lance.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A CEUX QUI SONT MES AMIS

« Soulager et guérir est le but suprême de la médecine ; elle est donc avant tout science de réalisation. »

(FERNAND VIDAL, Discours prononcé à la séance d'ouverture du 16^e Congrès Français de Médecine. Paris, 1922).

INTRODUCTION

On est naturellement porté, parfois avec quelques excès, à rechercher la syphilis dans l'étiologie de la plupart des affections viscérales chroniques.

Alors que le système nerveux, le tube digestif et ses annexes, sont si fréquemment atteints par la syphilis qui y détermine des lésions anatomiques multiples donnant lieu à des manifestations cliniques infiniment variées, il peut paraître assez paradoxal que l'appareil respiratoire reste relativement peu touché, et que, la syphilis pleuro-pulmonaire n'occupe qu'une place assez restreinte en pathologie.

Si l'on pense à la syphilis, c'est pour ne lui accorder qu'un rôle de comparse et invoquer son influence fibrosante, propriété sur laquelle a spécialement insisté *Sergent* après *Potain*, *Tarnier*, *Landouzy*.

Les formes fibrosantes en raison de leurs fréquences sont donc presque les seules sur lesquelles l'at-

tention a été attirée. Et, cependant, il est incontestable que bien d'autres aspects anatomo-cliniques peuvent être réalisés bien qu'on les méconnaissent souvent.

« Les manifestations pulmonaires de la vérole depuis qu'on les a entrevues, dit BERIEL, ont eu suivant les temps et suivant les auteurs une fortune très diverse, Soupçonnées, affirmées, puis niées tour à tour, elles n'ont jamais connues ces démonstrations éclatantes qui d'un seul coup font la lumière et s'imposent au siècle suivant. Leur histoire n'est pas celle des peuples heureux ; elle est longue, confuse et pleine de vicissitudes. »

Cela tient à ce que la syphilis pulmonaire est une grande simulatrice.

Si, exceptionnellement, dans certaines formes, l'idée de pneumopathie syphilitique doit être retenue, (Gomme du poumon, lorsque leur image radiologique est typique) ; dans la grande majorité des cas, le diagnostic de pneumopathie syphilitique est très difficile.

La syphilis peut prendre, en effet, une allure aiguë ou chronique dont les manifestations simulent en tous points celles de la Tuberculose Pulmonaire, et c'est à elle, que le médecin songe toujours.

Dans presque tous les cas, malgré que les recherches cliniques et de laboratoires aient été de nombreuses fois négatives, le médecin ne veut voir dans ces phénomènes pulmonaires que des formes très atypiques, mais, cependant, certaines de la Tuberculose. Il est tout naturel, et cela avec raison, que l'on songe

à la maladie la plus fréquente. En Pathologie Respiratoire la Tuberculose règne en maîtresse.

En effet, rien ne peut faire porter à priori le diagnostic de syphilis pulmonaire. Comme le dit si bien PH. LEDOUX, les signes, présentés par ces malades, ressemblent à tout et ne ressemblent finalement à rien.

Et pourtant, quel intérêt il y aurait à faire la preuve de l'origine spécifique d'une pneumopathie, car, faire la preuve de l'origine syphilitique d'une affection viscérale, c'est apporter aux malades toute une chimiothérapie, qui, il faut bien le dire, est, parmi toutes celles dont nous gratifie la Pharmacopée, une des plus efficaces.

Efficaces, sur les lésions en évolution, car les vieilles lésions scléreuses sont bien peu influencées par le traitement.

Ces formes évolutives sont mal connues. DIEULAFOY en a brossé le tableau clinique, mais, ses observations ont été critiquées, parce qu'elles n'apportaient pas de preuves anatomo-pathologiques, seules considérées, comme décisives.

« Avec l'anatomie pathologique, on parviendra non seulement à découvrir toutes les causes des maladies, mais, à déterminer, à montrer du doigt, leur véritable siège. » (MORGANI, 1760).

Mais l'Anatomie pathologique montre surtout les stades ultimes de la syphilis pulmonaire, elle ne permettrait guère de contrôler l'existence de ses formes évolutives.

De là, à les nier, pour n'admettre que les SCLÉROSES et les DILATATIONS DES BRONCHES, il n'y avait qu'un pas à franchir.

De même, il ne faut pas tomber dans l'excès contraire : être enthousiaste et rattacher toutes les pneumopathies, survenant chez les spécifiques, à celle-ci.

Ce qui est intéressant, ce n'est pas de dire : c'était une syphilis pulmonaire, une fois que, sur la table d'autopsie nous verrons les lésions caractéristiques de celle-ci, mais de savoir la dépister, lorsqu'elle est en pleine évolution, avant qu'elle soit arrivée à un stade de sclérose mutilante et irréversible.

Nous savons, qu'en présence d'une lésion pulmonaire, évoluant chez un syphilitique, il est très difficile d'en faire la preuve. On est peut-être trop imbu de l'idée, qu'il a droit, de faire une autre affection que celle due à sa spécificité. Et pourtant, journellement, ne cherchons nous pas, dans l'interrogatoire de nos malades, un terrain spécifique pour les faire bénéficier d'un traitement qui est, comme nous l'avons dit, un des plus puissants.

« Il faut d'abord songer à la syphilis, » dit BERIEL. On n'y songe pas souvent en présence d'une manifestation pulmonaire, sauf, bien entendu, pour les dilatations des bronches les scléroses, les bronchites chroniques. Et pourtant combien de manifestations pulmonaires trainantes régressent sous l'influence du traitement d'épreuve.

Nous n'ignorons pas toutes les critiques qu'entraînent une telle façon de voir.

Nous savons les régressions spontanées de certaines affections pulmonaires : *Naturax curatrix, natura medicatrix*.

Et nous savons aussi, l'influence favorable du traitement antisyphilitique, sur les associations SYPHILIS-TUBERCULOSE (*le scrofulate de vérole*), influence bien mise en évidence par SERGENT.

Nous devons donc interpréter prudemment les résultats du traitement.

Mais, malgré ces réserves, le traitement d'épreuve garde une importance de premier ordre pour le diagnostic. Les exemples ne manquent pas dans la littérature, où des diagnostics de syphilis viscérales ont été faits, après retour ad intégrum de la lésion par un traitement antisyphilitique.

Une des premières observations de syphilis pulmonaire, n'a-t-elle pas été publiée, à la suite d'un traitement spécifique administré par erreur ? « On ordonna un électuaire, pour un phthisique qui était dans une situation désespérée. Par une méprise de l'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter et le phthisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire. Celui-ci, ne se doutant pas de la méprise, prit de cet onguent, environ la grosseur d'une noix muscade, deux ou trois fois par jour et il fut radicalement guéri, au grand ébahissement du médecin qui apprit, ensuite, par hasard, de l'apothicaire, comment la chose s'était faite. (BAMBILLO).

De même, FOURNIER, a décrit un cas de syphilis gastrique chez un de ses malades, après guérison par le *traitement d'épreuve*.

« Mon ami est un ancien syphilitique ...Pourquoi donc cette tumeur ne serait-elle pas un produit de la syphilis ?

Le premier devoir d'un médecin est de guérir, et, tous ses efforts doivent tendre à cet unique but. C'est avec cet esprit là, que nous avons envisagé nos malades.

En feuilletant les observations recueillies dans le Service de notre Maître le Dr. J. MARASSI, nous avons été frappé par le nombre de Basites observées chez les syphilitiques et guéries par le Traitement anti-syphilitique.

Ces basites ont été observées chez des malades ayant présenté une infection pulmonaire aiguë (pneumonie, congestions pulmonaires, grippale, etc. etc.).

En raison de la persistance de ces basites, nous avons songé à la Tuberculose, à la basite cortico-pleurale de FAISANS mais l'inefficacité thérapeutique, la notion de la spécificité de nos malades, nous a incités à faire un traitement d'épreuve : le résultat favorable nous a agréablement surpris. Son efficacité prouve le rôle de la syphilis dans l'étiologie de ces basites.

Nous nous trouvions donc en présence de malades ayant présenté une infection pulmonaire aiguë, puis des séquelles guéris par le Traitement, Séquelles rentrant alors dans le cadre des cas de basites cortico-pleurales syphilitiques publiées par GATE ET GARDÈRE

(leurs observations sont celles des malades dont la basite était primitive.)

L'infection pulmonaire a-t-elle joué un rôle déterminant et a-t-elle réactivé une syphilis pulmonaire latente ?

C'est, ce qui, cliniquement, s'impose.

Ces faits illustrent ce qu'a écrit le PR. GOUGEROT (*Paris-Médical*, 5 mars 1937). Celui-ci a montré l'importance pratique : pronostic des éveils de syphilis latente sous l'influence des infections aiguës.

La syphilis se localise sur un organe que l'infection aiguë a l'habitude de toucher.

Sous l'influence du traitement tout rentre dans l'ordre.

Mais, abandonnée à elle-même, cette basite, va évoluer, soit vers une bronchite chronique, soit vers une dilatation des bronches, soit vers une sclérose pulmonaire; les poussées aggravent chaque fois l'Etat local.

On retrouve toujours ces poussées infectieuses chez des malades atteints de bronchique chronique, de dilatation des bronches, etc. etc.

« Il est bien probable, disent GATE et GARDÈRE, que les scléroses pulmonaires syphilitiques, avec ou sans dilatations bronchiques, se développent à la suite des poussées congestives qui sont, dans la plupart des cas, d'une telle discrétion, qu'elles passent inaperçues. (GATE-GARDÈRE. *Soc. Med. Hôp. Lyon*, le 21 juillet 1927).

Pour eux, ces poussées, seraient d'origine syphilitique.

En résumé, ces basites seraient une des formes de début de la syphilis pulmonaire, donc, intérêt de les traiter, avant qu'elles soient arrivées à un stade de sclérose mutilante et irréversible.

C'est, brièvement, le sujet de ce travail.

L'Etude, que nous nous proposons de faire, sera fondée sur les intéressantes discussions diagnostiques pathogéniques-thérapeutiques.

Nous resterons clinique :

Nous nous baserons uniquement sur les observations cliniques que nous possédons. « *En médecine, quand on essaie d'éclaircir, par des constatations d'autopsie, par des recherches de laboratoire, par des Théories préconçues, un sujet qui n'a pas été préalablement analysé et défini par l'observation clinique, on échoue presque toujours : C'est-à-dire qu'on aboutit à des systèmes sans valeur pour la pratique.* (MARFAN, *Avant-Propos de la deuxième édition des affections des voies digestives dans la Première Enfance*).

Nous nous livrerons donc à un travail de médecin praticien, nous publierons neuf observations inédites puisées dans les dossiers du service du Dr. MARASSI et dans sa clientèle privée.

Nous joindrons à ces observations, celles publiées par « GATE et GARDÈRE ».

De ces observations nous tirerons L'ÉTUDE DES BASITES SYPHILITIQUES CORTICO-PLEURALES.

HISTORIQUE

On peut diviser en quatre périodes l'histoire de la syphilis pulmonaire :

1° — PREMIÈRE PÉRIODE

Paracelse, AU XV^e SIÈCLE, semble être l'un des premiers qui ait soupçonné la syphilis dans l'étiologie de certaines pneumopathies. Il considérait la vérole comme capable de produire à la fois des exanthèmes, des hydropisies et de la phtisie.

Une foule d'auteurs de cette époque (1500 à 1810) parmi lesquels SHENCK, VAN GRAFENBERG, SAUVAGE, MORTON, STOLL et surtout ASTRUC, en décrivant la phtisie syphilitique, exagèrent le rôle de la syphilis dans les maladies du poumon, en lui rapportant toutes les manifestations pulmonaires survenant chez les vérolés.

Beaucoup de ces observations, comme celles de BAMBILLO, concernent des pneumopathies améliorées par le traitement anti-syphilitique, d'autres sont classées comme appartenant à la syphilis ou rejetées de son domaine, alors que les moyens d'investigations les plus élémentaires paraissent avoir fait défaut.

La même impression se retrouve, au début du 19^e SIÈCLE, dans les ouvrages de BELL, SAUCEROTTE, PORTAL, et, c'est à peine si vers 1810, LEMONNIER, en distinguant une phtisie syphilitique et une phtisie tuberculeuse, tend une timide réaction.

2^o — DEUXIÈME PÉRIODE

Marquée par l'influence scientifique de LAENNEC.

Une phase entièrement nouvelle s'ouvre avec LAENNEC, qui, par l'introduction de la méthode anatomo-clinique, fait en quelque sorte table rase du passé. Il montre, que la phtisie est dûe à la tuberculose, et, il nie, la syphilis, qui tombe dans l'oubli. On conçoit, qu'ayant établi d'une manière irréfutable les caractères fondamentaux des lésions tuberculeuses, LAENNEC, n'ait pu se défendre de quelques méfiances devant les interprétations faciles de ses dévanciers, et, cette tendance à faire intervenir la syphilis à tous propos. Mais, tout en méconnaissant la réalité de la syphilis pulmonaire, il fait faire un grand progrès à la question, en permettant, à ses successeurs, de l'aborder sur le terrain scientifique.

A la suite, les idées vont se ressentir de son scepticisme :

Travaux de MUNCK, CULLERIE, LAGNEAU, SUE; plus tard, MAC CARTHY, et des syphiligraphes comme RICORD.

S'ils n'atteignent pas encore à une précision irréprochable, ils ont du moins le mérite, que n'avaient

ceux des siècles précédents, d'opposer, en les analysant, les arguments contradictoires et à préparer la voie aux investigations futures.

3° — TROISIÈME PÉRIODE

Il faut attendre la seconde moitié du 19^e siècle pour voir s'établir les bases de la syphilis pulmonaire.

Il s'agit, d'abord, presque exclusivement de données anatomo-pathologiques.

Dès 1851, DEPAUL étudie les lésions pulmonaires, qu'il constate, chez le fœtus hérédosyphilitique. Puis, la même étude est reprise, chez le fœtus et chez l'adulte, par VIRCHOW, qui décrit la pneumonie blanche, et, aussi par CORNIL, RANVIER, WAGNER et BIDOUX.

Enfin, les recherches de LANCEREAUX aboutissent à la première description d'ensemble tant anatomique que clinique.

A la suite de LANCEREAUX, GAMBERINI, POTAIN, MAURIAC, FOURNIER, DIEULAFOY, par l'analyse des faits cliniques et anatomiques, s'attachent à rechercher les différents aspects de la syphilis du poumon.

Après les constatations recueillies et formulées par d'histologistes et cliniciens éminents, aucun doute, ne paraissait plus possible, au sujet de l'existence même de la syphilis du poumon.

C'est la période où l'on parle de pneumonies, de gommes, de cavernes, on reprend le vocable de phthisie-syphilitique.

Toutefois, un certain nombre d'auteurs, tout en ad-

mettant la réalité de cette notion, ne semblaient encore se rendre compte de son importance.

Ils exigeaient, pour preuve de la vérole, la présence dans le poumon de vastes lésions scléro-gommeuses, et, persistaient, à considérer la Syphilis pleuro-pulmonaire comme étant à peu près exceptionnelle.

Déjà, à cette époque, les rapport, entre la syphilis et la tuberculose pulmonaire, commencent à apparaître. Citons les travaux de GRAVE, BAZIN, RICORD, DEVERGE, FOURNIER (*Gazette Hebdomadaire* 1875) qui insistent et en précisent les modalités.

Puis, LANDOUZY, décrit l'aspect spécial, que prend la tuberculose pulmonaire, lorsqu'elle évolue, sur un terrain syphilitique. La même idée est développée dans la THÈSE DE STREFFELD (*Nancy*), JACQUINET (*Paris* : 1895) et par ETIENNE (*Montpellier* 1898).

4° — QUATRIÈME PÉRIODE

PÉRIODE DE MISE AU POINT

Nous vivons à l'heure actuelle dans une période d'essai, de mise au point, de documentation. Le traitement d'épreuve a repris une place importante dans le diagnostic de certaines affections viscérales.

Cette période, rend sa vraie place à la syphilis dans la PATHOLOGIE PULMONAIRE. Les travaux sont nombreux : LIVRE DE BERIEL (1907). Les THÈSES de MASSIA et d'ABBECASSI qui ont résumé les travaux de l'ECOLE LYONNAISE à ce sujet, ceux du Professeur SERGENT réunit, plus tard, dans ses ETUDES CLINIQUES, les Publica-

tions de SPANGENBERG (1916) PATINO-MAYER (1917), ELIZADE (1920), CARRERA (1920), MIRANDE (1921) dans son traité sur la « SYPHILIS PULMONAIRE », (*in traité de Sargent*) reconnaît quatre variétés de syphilitiques pulmonaires, qu'il dénomme LE SCLÉREUX, LE DILATÉ, LE CAVITAIRE, LE PLEURAL.

Enfin, il faut citer, les communications récentes de BEZANÇON ET JACOB, de FABRE ET CONTAMIN, de GOUGEROT, de LELONG, de LETUILLE qui fait, dans son ouvrage « LE POUMON » une remarquable étude anatomo-pathologique de la syphilis pulmonaire, de DALSACE, de GATE ET GARDÈRE.

Les relations, de la syphilis et de la tuberculose, sont bien mises en évidence par le remarquable ouvrage de SERGENT : SYPHILIS ET TUBERCULOSE (1907).

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I. (Dr. MARASSI)

En septembre 1931, alors que commence à se montrer les gripes saisonnières, Mme L..., âgée de 40 ans, présente un épisode pulmonaire aigu, caractérisé par température élevée à 40°, rhino-pharyngite, toux avec expectoration muco-purulente.

L'examen, montre des signes de bronchite généralisée, avec gros râles buleux à la base droite.

Traitement classique.

Les accidents aigus passent rapidement.

Au bout de cinq jours, la température redevient normale, la malade tousse encore un peu, crache; à l'auscultation : persistance des signes à la base droite.

Au bout de quinze jours, la malade est autorisée à reprendre ses occupations, mais elle est priée de revenir, quelques jours après sa première sortie, pour un examen de contrôle; alors, on constate la persistance des signes congestifs à la base droite (thérapeutique banale créosote-Gaiacol).

Un mois après, à l'occasion d'un nouvel examen, on s'inquiète de la persistance des signes d'auscultation et on fait faire un examen de crachats. Cet examen est négatif. Alors, on pense, malgré toute apparence, à l'intervention possible du Tréponème : le Bordet-Wassermann est positif.

Un traitement est commencé sous forme d'un sel de

Bismuth liposoluble, puis Cyanure de Hg. En un an plusieurs séries alternées.

En février 1932, il n'existe plus aucuns signes physiques pulmonaires.

Dans les antécédents personnels : fausse-couche spontanée de deux mois; deux enfants, d'aspect bien portants, mais présentant des stigmates d'hérédo syphilis. Mari bien portant.

Antécédents collatéraux : sœur plus âgée, présentant également un Bordet-Wassermann positif.

Antécédents héréditaires : elle ne sait pas de quoi sont morts ses parents.

Depuis, la malade est revue périodiquement; elle n'a plus présenté de signes pulmonaires, et, même, elle a été mise à l'abri des gripes saisonnières.

Nous nous trouvons donc en présence d'une femme spécifique (vraisemblablement hérédo-syphilis), qui, à la suite d'une congestion pulmonaire grippale, a présenté une congestion basale trainante, guérie par le traitement anti-syphilitique.

OBSERVATION N° 2. (Dr. MARASSI)

M. S..., âgé de 52 ans, se présente, le 10 juin 1936, à la Consultation du Dr. Marassi : Mauvais état général, asthénie, douleurs lombaires, oligurie, il se plaint surtout de toux : Toux profonde, ayant débuté il y a une quinzaine de jours sans expectoration.

Dans ses antécédents, il ne se souvient pas d'avoir eu un accident primitif. Rhumatisme.. Paludisme.

A l'examen, malade type emphysémateux.

Signes de bronchite gauche.

Le foie déborde.

L'examen du cœur est normal. T. A. : 17-8.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Pas de température.

Le onze juillet, la température monte à 39°. Recrudescence de la toux et de l'expectoration.

A l'examen, signes de bronchite généralisée, mais, surtout, nette à gauche.

Pas de signes d'insuffisance cardiaque, pas de dyspnée, pas d'œdème malléolaire, oligurie. T. A. 15-10.

Le 17 juillet température 37,8, (depuis deux jours en régression).

Les signes pulmonaires se localisent à la base gauche.

Le 24 juillet, touse et crache encore, apyrétique.

Persistance des signes pulmonaires, à la base gauche, nombreux râles sous-crépitaux.

Devant la persistance de ces signes, un examen des crachats est pratiqué ; pas de bacilles de Koch.

Le 3 août, nouvel examen négatif des crachats.

On fait faire au malade un Bordet-Wassermann, celui-ci se révèle positif.

Traitement : Une première série de Bismuth (3 août - 12 septembre) mal supportée, traces d'albumine.

Malgré tout, on note, que si les signes de Basile persistaient, les râles sont humides et moins denses.

La série est reprise le 25 septembre; mais, dès que l'on reprend le Bismuth, l'albumine apparaît dans les urines.

On fait alors, au malade, une série de douze injections intra-musculaires de Lipiodol.

Le 24 novembre, il n'existe plus aucuns signes locaux.

Le Bordet-Wassermann est toujours positif.

OBSERVATION N° 3,

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DU DOCTEUR MARASSI).

Mme B.... Honorine, âgée de 39 ans, couturière, est rentrée dans le service, le 6 janvier 1936, parce qu'elle ressentait depuis la veille un point de côté, sous mammaire, gauche : Point de côté ayant débuté brusquement en s'accompagnant de frissons, et d'une élévation thermique à 39, avec expectoration muco-purulente, légèrement rouillée.

L'examen physique permet de constater de la submatité de la base gauche. On entend une diminution très nette du murmure vésiculaire, remplacé par un souffle très doux qui s'entend aux deux temps de la respiration. Après l'inspiration profonde, qui suit immédiatement la toux, on entend quelques crépitations fines, très superficielles qui rappellent les râles crépitants.

Le poumon droit est absolument normal. Tous les autres appareils sont sains. Nous notons une paralysie du muscle droit interne de l'œil gauche, apparue en 1918, et sur laquelle nous nous proposons de revenir dès que la période aiguë sera passée.

La langue est humide, à peine un peu blanche.

Les urines sont peu abondantes (500 gr.), assez hautes en couleur, elles ne renferment pas d'albumine.

Traitement : Potion Todd-Acétate, enveloppements humides alcoolisés du thorax, métaux colloïdaux.

Le 7 au matin 38,6, le soir 40.

Le 8 au matin 38,5, le soir 39°1.

A partir du 9, la température tombe en lysis pour être normale le 13 janvier.

L'examen, à ce moment, montre de nombreux râles crépitants, à la base gauche.

Nous complétons l'examen de notre malade.

Elle ne nous signale rien de particulier dans ses antécédents héréditaires : sa mère est morte d'une affection cardiaque; son père est mort, elle ne sait pas de quoi. Elle a une sœur bien portante.

Dans ses Antécédents Personnels une fausse-couche, une grossesse, sans complication, arrivée à terme. L'enfant, à l'heure actuelle, âgée de dix ans est en bonne santé apparente, mais elle présente des incisives médianes écartées, un tubercule de Carabelli, une voûte palatine ogivale. Pas d'autres signes d'hérédosyphilis.

Son mari est en bonne santé.

Elle n'a jamais présenté d'accidents cutanéomuqueux.

En 1918, apparition du strabisme externe de son œil gauche, traduisant une paralysie du droit interne. La malade n'en est nullement inquiète.

Depuis cette époque, céphalée persistante, qu'elle compare à une sensation d'étau. Paroxysmes nocturnes.

Devant ces signes, nous avons pratiqué à la malade un Bordet-Wassermann, qui est positif dans le sang, ainsi que la réaction de Meinicke.

Un examen radiographique est pratiqué avant la sortie de la malade, il révèle un peu d'obscurité de la base gauche.

Nous proposons à la malade de venir nous revoir après sa convalescence.

Le 15 mars 1936, la malade se présente à nous. Elle se plaint de toujours tousser.

L'examen montre la persistance des signes physiques à la base gauche (râles crépitants). Nous pratiquons, devant la persistance de ces signes, un examen des crachats qui est négatif, même après homogénéisation.

L'inoculation ne tuberculise pas le cobaye.

L'examen radiographique ne montre pas d'images parenchymateuses évolutives.

Nous nous demandons, si la spécificité de notre malade, ne joue pas un rôle dans la persistance de ces signes physiques.

Un traitement est commencé ; on fait d'abord douze injections d'un Bismuth lipo-soluble. A la fin de cette série, les râles sont beaucoup moins denses.

L'Etat général demeure excellent. La malade a repris une vie active. Elle ne tousse plus.

Le traitement est poursuivi pendant un an sous forme de séries alternées de Bismuth et de cyanure de Hg.

En février 1937, on ne note plus aucuns signes locaux. Depuis la guérison persiste.

OBSERVATION N° 4.

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DU DOCTEUR MARASSI).

Mme M... âgée de 48 ans, femme de ménage, entre dans le service le 1^{er} février 1937, présentant une congestion pulmonaire trainante, ayant succédé à un épisode pulmonaire aigu survenu en décembre 1936.

Cette femme est une ancienne spécifique.

Accident primitif en 1920 (chancre des grandes lèvres non traité).

En 1932, Kératite interstitielle gauche. Malgré un traitement anti-spécifique, perte de l'œil gauche. Depuis plus de traitements.

En 1933 : colique hépatique.

Trois fausses couches spontanées en deux mois.

Un enfant vivant (né, avant l'accident primitif, en 1918). Au point de vue pulmonaire, congestion pulmonaire tous les hivers, depuis 1933.

Depuis cette époque, la malade se plaint de dyspnée d'efforts sans douleurs précordiales, ni œdème malléolaire. Vertiges, mouches volantes.

L'épisode pulmonaire actuel a débuté en décembre 1936. Point de côté, toux, expectoration muco-purulente, température à 39°8. Après cette phase aiguë, son médecin traitant note la persistance des signes physiques locaux, température subfébrile. La malade, habitant seule, demande son transfert à l'hôpital.

L'examen à son entrée dans le service nous montre : submatité de la base gauche. La percussion est un peu douloureuse. A l'auscultation, pluie de râles fins.

Il existe un souffle systolique, rude, rapeux, au foyer aortique. La tension artérielle au Vaquez est 15-8, 5.

Il n'y a pas d'autres signes de spécificité viscérale.

L'examen des crachats est négatif après homogénéisation.

L'inoculation ne tuberculise pas le cobaye.

Le Verne-resorcine est à 15.

L'examen Radiographique est normal.

Le Bordet-Wassermann est positif, ainsi que le Meinicke.

Un traitement anti-spécifique est commencé sous forme de cyanure de Hg (Icg).

Quinze injections sont pratiquées. Arrêt à cause de l'apparition de phénomènes d'intolérance (diarrhée).

L'examen du poumon montre, à ce moment, la persistance des râles fins, ils sont beaucoup moins denses, il y a toujours la submatité, la malade crache moins.

Les examens, Bactériologiques, Radiologiques, ne montrent toujours pas la présence de lésions bacillaires en évolution.

Après un repos de quelques jours, le traitement est repris sous forme de Bismuth. La malade sort de l'hôpital. Le traitement est poursuivi.

En septembre 1937, après une série de Bismuth et une série de dix injections intra-musculaires de Lipiodol, il

n'existe plus aucuns signes locaux chez notre malade, à part une légère submatité et un peu d'obscurité respiratoire.

Elle ne tousse plus et ne crache plus.

Le Bordet-Wassermann est toujours positif.

OBSERVATION N° 5,

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DU DOCTEUR MARASSI).

Mme Joséphine F... femme de ménage, âgée de 45 ans, entre dans le service le 18 janvier 1935 pour un syndrome pulmonaire, ayant débuté la veille, et caractérisé par : fièvre à 40°, dyspnée à type de polypnée ; dyspnée s'accompagnant d'un point de côté sous-mammaire droit réveillé par la toux ; de frissons, de malaises intenses avec esthénie, d'accélération du pouls à 120, de crachats rouillés.

La malade est cyanotique.

A l'examen : foyers disséminés de broncho-pneumonie.

Au cœur, au foyer aortique ; souffle systolique rude, rapeux, d'aortite.

La tension artérielle au Vaquez est 14,8.

Traces d'albumine dans les urines.

Traitements : Potion Todd-acétate-strychnine, Tonocardiaques : oxygène-thérapie, métaux-colloïdaux, enveloppements humides alcoolisés du thorax.

Au huitième jour, la fièvre baisse, revient à la normale en trois jours.

Les divers symptômes s'amendent, les urines augmentent, il ne persiste que quelques râles buleux aux bases, surtout denses à droite.

L'interrogatoire de la malade, à ce moment, nous révèle qu'elle n'a jamais eu d'histoire pulmonaire.

Elle a, par contre, présenté trois fausses-couches spontanées, de deux, trois et quatre mois.

Pas d'accidents cutanéomuqueux.

Son mari est décédé d'un ictus à l'âge de 40 ans.

Les examens sérologiques sont négatifs.

Au bout d'un mois, la malade nous quitte : son état général est bon, elle a engraisé, elle crache encore un peu et il persiste à l'auscultation quelques râles buleux à la base droite.

L'examen Radiographique montre quelques nodules crétacés des hiles un peu chargés, mais pas d'images parenchymateuses évolutives.

L'aorte est augmentée de volume (trois cm. deux).

Nous conseillons à la malade, en raison de ses antécédents, de son aortite, un traitement anti-spécifique, après son retour de convalescence. Nous ne voyons plus la malade de huit mois. Elle revient à la fin août 1935, parce qu'elle est légèrement dyspnéique lors de l'effort, elle ne présente pas d'œdème de ses membres inférieurs.

Elle crache encore un peu, elle n'a pas maigri, elle n'a pas de fièvre.

L'examen à ce moment montre la persistance des râles à la base droite.

Radiologiquement rien de nouveau.

Le Verne-Resorcine est à 9.

L'examen des crachats ne révèle pas la présence de bacilles de Koch.

Le Bordet-Wassermann est négatif, ainsi que le Meinicke.

Au point de vue cardiaque : augmentation de volume du ventricule gauche.

La tension artérielle au Vaquez est 16-8, 5.

Pas d'albumine dans les urines.

On réactive la malade. Les réactions sérologiques ne sont pas modifiées.

Un traitement est néanmoins commencé sous forme de cyanure de hg. (Icg.) En même temps toni-cardiaque (association digitaline ouabaine). On observe aucune modification des signes pulmonaires après cette première série. La malade n'est plus dyspneïque. Les phénomènes pulmonaires ne semblent pas en relation avec le début d'insuffisance cardiaque. Une deuxième série est commencée, on fait douze injections de Bismuth lipo-soluble. Les râles perçus à la base droite, sont moins denses. La malade n'est toujours pas dyspnéïque.

En décembre 1935, les examens Radiologiques et Bactériologiques sont toujours négatifs.

En mai 1936, après environ un an de traitement, il n'existe plus aucuns râles à la base droite.

Nous revoyons cette malade de temps en temps pour son cœur : la guérison de son affection pulmonaire persiste. Le traitement anti-syphilitique est poursuivi régulièrement.

OBSERVATION N° 6,

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DU DOCTEUR MARASSI).

Mme Annie H... âgée de 32 ans, sans profession, entre dans le service parce qu'elle présente depuis une quinzaine de jours un épisode pulmonaire caractérisé par toux, expectoration muco-purulente et état subfébrile. On la suspecte atteinte de tuberculose pulmonaire (elle aurait eu une lésion bacillaire en 1927). C'est une ancienne spécifique. Accident initial inaperçu. Spécificité révélée par une roséole en 1924. Traitement d'attaque Novarsénobenzol-cyanure de hg. Traitée pendant un an, elle abandonne ensuite toute thérapeutique.

En 1927, elle présente un épisode pulmonaire caractérisé par toux, quelques crachats muco-purulents striés

de sang. Pas de température, pas d'amaigrissement. La malade ne s'est pas alitée. Un médecin consulté pense à une tuberculose pulmonaire. La malade nous dit qu'on lui aurait trouvé quelques râles à la base gauche.

Tous les examens Bactériologiques sont négatifs. Elle ne sait pas le résultat de son examen Radiographique. Une cure de repos à la montagne est conseillée. La malade, va à Chamonix, où, elle reste un an.

Depuis cette époque la malade n'a pas maigri. A présenté de temps en temps, l'hiver, quelques épisodes pulmonaires congestifs. Elle n'a plus eu de traitement, elle n'a pas d'enfants, pas de fausse-couche.

Elle se plaint surtout d'un point de côté persistant sous-mammaire gauche.

A l'heure actuelle : submatité de la base gauche, quelques râles fins, surtout, après la toux ; en avant sous le sein quelques fins bruissements pleuraux, pas de souffle.

Expectoration muco-purulente. Température normale.

Nous nous demandons si la malade ne fait pas une lésion bacillaire, mais, l'examen des crachats montre l'absence de bacilles de Koch, même après homogénéisation.

L'innoculation ne tuberculise pas le cobaye.

Le Verne-Resorcine est à 12.

La vitesse de sédimentation des hématies est normale.

L'examen Radiologique nous révèle des images broncho-vasculaire marquées, absence complète de lésions parenchymateuses.

Notre malade ne présente actuellement aucuns signes de spécificité.

Le Bordet-Wassermann est négatif, ainsi que la réaction de Meinicke.

La réactivation ne modifie pas les réactions.

Devant la chronicité des signes pulmonaires, les anté-

cédents de notre malade, un traitement est commencé en avril 1937. Vingt injections de Cyanure de Hg. (Icg).

La malade tousse et crache moins. Il persiste toujours quelques fins à la base gauche et quelques frottements pleuraux.

En septembre 1937, la malade, après une série de Bismuth et une nouvelle série de cyanure, ne crache plus ; la base gauche est toujours submate. Il persiste toujours quelques frottements pleuraux. On ne perçoit plus que quelques rares râles après la toux.

Les examens, Bactériologiques et Radiologiques, ne montrent toujours aucunes lésions bacillaires en évolution.

Chez cette malade, il y a donc eu une amélioration très nette des signes pulmonaires qui sont actuellement très discrets.

OBSERVATION N° 7,

(RECUEILLIE DANS LE SERVICE DU DOCTEUR MARASSI).

Mme B.... âgée de 45 ans, chiffonnière, entre dans le service le 16 avril 1937, parce qu'elle présente, depuis plusieurs mois un point de côté persistant, siégeant à la base du thorax, à gauche, un peu en arrière.

Elle nie tout antécédent de spécificité, pas de signes d'imprégnation bacillaire. Plusieurs épisodes pulmonaires aigus. trois fausses-couches spontanées, de deux, trois, quatre mois. Une grossesse à terme : enfant mort-né.

Ethylisme avéré.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

A l'examen : Faciès rubicond, couperosé, subictère des conjonctives. Le corps est recouvert de multiples tatouages. Léger tremblement des mains.

A l'interrogatoire : signes d'imprégnations éthyliques. pituites, zoopsies, tremblement des mains et de la langue. Signes d'insuffisance hépatique : épitaxis, gingivorragies, anoréxie, oligurie relative avec présence d'urobiline. Le foie est atrophié.

Les membres inférieurs sont douloureux à la pression, les reflexes sont diminués. Pas d'Argill-Robertson.

Au cœur : petits souffles d'aortite. La T. A. au Vaquez est 14-8.

L'examen de son appareil pulmonaire, sur lequel nous oriente le point de côté, seul signe fonctionnel présenté par la malade, montre : à la base gauche, zone de submatité dont la limite supérieure est imprécise. Au niveau de cette zone les vibrations sont diminuées.

A l'auscultation : obscurité respiratoire avec nombreux frottements pleuraux, intenses, rappelant presque le bruit du cuir neuf. Pas de râle congestif, même, après la toux. L'examen Radiographique montre une base obscure, le sinus costo-diaphragmatique s'éclairant mal. Pas de lésions parenchymateuses visibles.

La malade ne crache pas.

Le Vernes-Résorcine est à 14.

Vitesse de sédimentation globulaire normale.

Le Bordet-Wassermann est négatif ainsi que le Meinicke.

La malade est réactivée en raison de ses antécédents.

Le Bordet-Wassermann est toujours négatif. Le Meinicke devient légèrement positif.

Un traitement est proposé à la malade.

Depuis avril 1937, séries alternées de Bismuth et de cyanure de hg. une série de douze injections intra-musculaire de Lipiodol.

En septembre 1937, les frottements pleuraux sont moins intenses, mais persistent toujours. Le traitement

est poursuivi. Il semble pourtant que l'on se trouve en présence d'une lésion déjà organisée et sur laquelle le traitement agira très difficilement.

OBSERVATIONS PUBLIEES PAR GATE ET GARDERE

(Soc. méd. hop. Lyon, le 21 juillet 1937).

X.... âgée de 38 ans.

Père, mort de maladie indéterminée. Mère, morte de méningite de nature inconnue. Une sœur, mariée a eu trois enfants bien portants.

Bonne santé habituelle. Nie la syphilis. N'a jamais été atteint d'aucune affection des voies respiratoires.

Novembre 1935. — Kératite interstitielle double. Traitement par des infections d'un seul de bismuth.

En février 1936 — 10 injections d'acétylarsan.

Ces traitements amènent chaque fois une amélioration mais jamais la guérison de la kératite.

Le 24 juillet — Le malade se met à tousser.

Petite hémoptysie qui dure jusqu'au 28 juillet.

Le 28 juillet entrée à l'hôpital.

Rien dans ses antécédents ne fait penser à la Tuberculose. Il n'a pas toussé. Pas d'amaigrissement. Pas de troubles digestifs.

Le 28 juillet. Le malade se plaint d'un point de côté, à la base gauche. Il a des quintes de toux. Le crachoir contient quelques crachats sanglants un peu gommeux.

A la base gauche légère submatité, permission un peu douloureuse, vibrations vocales légèrement augmentées. A l'auscultation respiration diminuée, quelques fins bruissements à l'occasion des secousses de toux, fines bouffées de râles congestifs très superficiels relatants sous l'oreille. Pas de souffle. Ces signes se retrouvent

dans le quadrant inférieur de l'aisselle et se perdent en avant.

L'examen complet du cœur, de l'abdomen et du système nerveux ne révèle rien.

L'examen des crachats est négatif.

Le Bordet-Wassermann est positif dans le sang.

L'examen Radioscopique ne donne rien de net.

L'examen des yeux montre une Kérato-conjonctivité bilatérale.

4 août. Hémoptysie.

Le sujet qui ne se sent pas malade et n'a pas de fièvre sort du service et est adressé au dispensaire antivénérien où il reçoit 10 injections de iodo-bismuthate de quinine.

Fin août et septembre, le malade est revu. Les râles persistent à la base. L'Etat général est bon. L'apyrexée se maintient.

19 octobre 1928. — Le malade va très bien, ne tousse plus, n'a plus eu d'hémoptysie. L'examen de la base gauche ne révèle qu'une obscurité très diminuée, mais on ne perçoit aucun râle à la toux provoquée.

L'examen radioscopique est négatif.

En décembre — 12 injections d'Iodo-bismuthate de quinine. Au cours des premiers mois de 1927, on revoit le sujet qui va très bien.

OBSERVATIONS PUBLIEES PAR GATE GARDERE.

(*Soc. Méd. Hop. Lyon, le 21 juillet 1937*).

B... Pierre, âgé de 30 ans.

En 1916, non traité. Pendant la guerre se présente souvent à l'Infirmerie pour « bronchite ». Hospitalisé à la fin de la guerre pour bronchite.

Mais quelques jours avant son entrée à l'hôpital les

signes qui avaient fait croire, dit le malade, à une atteinte grave de tuberculose pulmonaire disparaissent totalement. Il est cependant réformé avec le diagnostic suivant :

Bronchite chronique avec emphysème sans B. K. Depuis le malade est demeuré un tousseur. Tous les matins, il expectore un demi-verre, dit-il.

En novembre 1926 — Toux. Point de côté, un médecin de la ville diagnostique une congestion pulmonaire. Cependant le sujet continue à travailler et son état général demeure excellent.

Le 28 décembre, le malade est examiné par l'un de nous. Il présente à ce moment de la céphalalgie, de l'atération du caractère, de la dépression nerveuse et des « idées noires ». Il accuse des douleurs fulgurantes très nettes dans les membres inférieurs. Il a eu récemment des crises gastriques tout à fait typiques. Le seul signe objectif consiste dans l'abolition complète des deux réflexes rotuliens. L'examen soigneux des poumons est négatif.

Le 28 décembre — Traitement, 12 injections de iodo-bismuthate de quinine qui a fait disparaître les douleurs fulgurantes.

En février 27 — Le malade dont l'expectoration avait sensiblement diminué depuis le traitement anti-syphilitique précédent se remet à tousser et à cracher abondamment. Il se plaint à la base gauche d'un point de côté sourd qui s'accuse par la toux. Inquiet, il vient consulter.

L'examen permet de relever les signes suivants :

Nebmatite légère de la base gauche. Les vibrations vocales paraissant très nettement diminuées, obscurité respiratoire légère. On perçoit nettement en arrière de manière intermittente quelques bouffées de râles mu-

queux fins et superficiels accompagnés de bruissements pleuraux. Il n'y a pas de fièvre.

L'Etat général demeure excellent. Pas d'amaigrissement. Le sujet continu à travailler et ne se sent pas fatigué.

La Radioscopie est négative.

La Bacilloscopie pratiquée par nous avec le plus grand soin et à plusieurs reprises reste négative. L'inoculation de l'expectoration à deux cobayes ne provoque pas de lésions de tuberculose expérimentale.

On commence une série de douze injections d'iodo-bismuthate de quinine.

Le 8 mai le malade est revu. Grande amélioration fonctionnelle : Il ne tousse plus et ne crache plus. L'auscultation soigneuse permet d'entendre encore quelques bruissements pleuraux à la base gauche, et dans les fortes secousses de toux quelques râles muqueux, mais ces signes sont très discrets.

L'amélioration est indiscutable.

Le malade n'a pu être revu, mais, sa femme, nous a donné récemment de ses bonnes nouvelles. Il va très bien, à tout point de vue. Il a cessé de tousser et de cracher. Il ne souffre plus de son point de côté.

ERYTHRÈME POLYMORPHE ET CORTICO-PLEURITE D'ORIGINE SYPHILITIQUE (GATE-GARDÈRE ET ROUSSET. *Soc. méd. Hop. Lyon, janvier 1928*).

Mme X..., âgée de 39 ans, entre le 11 septembre 1938. dans le service de Dermatologie pour érythème polymorphe des membres et de la face survenu la veille.

Antécédents : Soignée, il y a 13 ans, pour une syphilis secondaire avec roséole et plaques muqueuses. On pratique à cette époque une série d'intraveineuse de Novar.

Aucun autre traitement anti-syphilitique depuis. Rien dans les antécédents ne retient l'attention en dehors de cette syphilis.

Examen à l'entrée. La malade présente sur la face dorsale des mains et des avants-bras, sur le cou et sur les joues une éruption d'érythème polymorphe indiscutable.

Elle accuse des douleurs articulaires et des troubles digestifs, nausées, gastralgies, langue saburrale.

On note aussi à la face interne des cuisses, au niveau des plis onguino-cruraux deux placards avec des folliculites ouvertes que leur coexistence avec des chanuelles du sillon interfessier (auto-inoculation possible, présence de bacille de Ducrey dans le chancre d'inoculation permet de considérer comme des folliculites chancrelleuses. Métrite ancienne avec pertes blanches très abondantes qui expliquent des cuisses.

L'attention est attirée sur l'appareil respiratoire. La malade tousse modérément. L'expectoration assez abondante n'a pas de caractères, ni d'horaires particuliers.

Elle se plaint d'une douleur vague et peu accusée au flanc gauche. Cet état pulmonaire dure depuis trois mois environ. A l'examen des poumons, légère diminution de la sonorité à la base gauche.

Celle-ci est le siège, à l'extrême base, de râles humides, assez fins et superficiels.

Pas de souffle. Pas de modifications des vibrations vocales. Pas de fièvre. La T. — 37 : 2 — 37-7.

L'examen radioscopique montre des poumons clairs. Les ombres hilaires ont des contours normaux. On note seulement que le sinus costo-diaphragmotique gauche s'éclaire imparfaitement. Nous insistons sur ce fait que les deux sommets sont intacts. L'auscultation n'y démontre aucune modification pathologique du murmure

vésiculaire. Leur sonorité est normale à la percussion. La radioscopie les montre clairs, indemnes d'arborisation fibreuses avec une silhouette symétrique que ne vient modifier aucune symphyse, aucune rétraction du dôme. L'homogénéisation des crachats, pratiquée à plusieurs reprises, n'a jamais révélé la présence de bacille de Koch.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative, ce qui, pour nous, est secondaire : la syphilis étant certaine.

La radiographie des poumons, après injection intratrachéale, montre le dessus des bronches, depuis la bifurcation trachéale. Les gros troncs se détachent sur un fin chevelu, réalisant l'image classique du feuillet d'arbre donné par le poumon normal. On peut donc conclure qu'il n'existe pas de dilatation.

Le traitement a consisté en une série d'injection de Novar, de 0,15 à 0,90. Sous son influence, la netteté des signes pulmonaires a diminué, mais ils persistent encore quoique atténués.

L'érythème polymorphe s'est effacé en quelques jours.

La malade est soumise au bismuth.

LES BASITES SYPHILITIKES

Ce sont des manifestations pulmonaires chroniques apparaissant lors de la période tertiaire d'une syphilis acquise ou soit au cours de l'hérédosyphilis.

Dans les observations que nous venons de publier, l'étiologie syphilitique était certaine. Antécédents : sérologie, épreuve du traitement anti-syphilitique (qui, comme nous l'avons écrit, comme nous le répéterons, est la véritable pierre de touche de ces basites), nous ont apporté un faisceau de preuves irréfutables.

Ces basites guéries par le traitement antisypilitique étaient des séquelles d'infection pulmonaire aiguë : Pneumonie, broncho-pneumonie, congestion pulmonaire.

L'infection pulmonaire aiguë terminée, nos malades se présentent, cliniquement, analogues à ceux des observations de basite cortico-pleurale syphilitique publiées par GATÉ et GARDÈRE.

Mais, chez eux, la basite était primitive.

Donc un fait s'impose : l'infection pulmonaire aiguë a joué un rôle déterminant. Elle a mis en évidence la basite cortico-pleurale syphilitique. On nous objectera, la basite cortico-pleurale était latente chez vos

malades et il ne s'agissait que d'une poussée infectieuse surajoutée ou spécifique (pour les Lyonnais). Nous envisagerons plus loin ces poussées.

Nous savons que les formes latentes de la syphilis pulmonaire sont très fréquente (LETULLE et DALSACE. Les formes latentes de la syphilis pulmonaire. *Presse Médicale*, 27 mars 1927.)

C'est possible, mais un fait est là : Nos malades ne présentaient, avant l'infection aiguë, aucuns signes pulmonaires fonctionnels. L'infection pulmonaire aiguë a donc joué un rôle déterminant. Elle a réactivé une lésion syphilitique latente, de même qu'elle réactive certaines lésions tuberculeuses, jusque la muette, tandis que, dans ce cas nous savons que la réviviscence de la tuberculose est expliquée par l'état d'« anergie » créée par la maladie. Le réveil de la syphilis pulmonaire, par une infection aiguë, est beaucoup plus complexe.

Ce réveil, des syphilis latentes, a été mis en évidence par le professeur GOUGEROT (*Paris Médical*, 5 mars 1927). Il a montré l'importance pratique, pronostique des éveils de syphilis latente sous l'influence des infections aiguës.

Ces éveils d'une syphilis acquise et latente par le choc humoral d'une infection aiguë « *grandes infections* » : rhumatismes articulaires aigus, pneumococcies, gripes ou « *petites infections* », angines, etc... ne sont pas rares si on les recherche systématiquement. Ces éveils se voient aussi au cours de l'hérédosyphilis.

En second lieu, ces syphilis éveillées par l'infection aiguë peuvent se localiser sur tous les organes. Elles se fixent surtout sur un organe que l'infection aiguë a l'habitude de léser et le processus serait mixte, au début, dans la plupart des cas.

Cette lésion resterait mixte, pendant plus ou moins longtemps, suivant les cas, puis, devenant chronique, elle paraît n'être plus que syphilitique et évolue pour son propre compte.

Le Bordet-Wassermann peut être lui aussi réactivé.

L'explication de cet éveil est encore controversée, mais ces faits sont à rapprocher des réveils de syphilis latente sous l'influence d'un traumatisme ou d'une opération. On peut donc admettre, qu'une infection aiguë réalise un choc humoral comparable au choc d'un traumatisme, et de même que dans les syphilis post-traumatiques, la syphilis n'apparaît que quelques semaines après le traumatisme, de même dans les affections aiguës, il ne s'agit pas d'une lésion mixte d'emblée, la syphilis n'entre en jeu que secondairement.

DÉBUT. — C'est d'un sujet qui, à l'époque des gripes saisonnières, a présenté un épisode pulmonaire aigu, soit congestion pulmonaire, soit pneumonie, soit broncho-pneumonie, soit bronchite.

Ces infections pulmonaires aiguës rentrent rapidement dans l'ordre sous l'influence d'un traitement classique. La température redevient normale ou légèrement subfébrile, mais la malade continue à tousser

et à cracher une expectoration soit muco-purulente, soit gommeuse, parfois quelques hémoptysies.

A l'auscultation, on note la persistance de quelques râles à une base. A ce moment on n'y prête pas trop cas, car, on sait, que dans les affections pulmonaires les signes physiques persistent quelque temps après la disparition des signes fonctionnels. On demande au malade de revenir après sa convalescence.

ÉTAT. — Lorsque le sujet vient nous revoir, il se plaint de toujours tousser, l'expectoration est gommeuse ou muco-purulente, il présente parfois un point de côté. Comme nous l'avons écrit plus haut le tableau clinique présenté par ces malades est à ce moment le même que celui décrit par GATÉ et GARDÈRE (formes cortico-pleurales de la syphilis pulmonaire). Son état général est bon ; pas d'amaigrissement, pas de sueurs nocturnes.

L'examen révèle :

submatité d'une base,
pas de modification des vibrations.

A l'auscultation, on perçoit toujours à la base du thorax, en arrière, à la partie la plus déclive de l'appareil pleuro-pulmonaire, de gros râles sous-crépitants, avec parfois, quelques frottements pleuraux.

Ces râles s'entendent surtout contre le rachis, mais, aussi, sur la ligne axillaire, et même en avant, vers l'appendice xiphoïde : ils suivent le rebord costal en constituant ce que JUMON appelle la BASITE TOUR-

NANTE ; ils suivent le trajet du cul de sac inférieur de la plèvre.

L'examen des crachats est négatif.

L'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE est important, non pas tant par les signes positifs, que par les signes négatifs. La zone de ces bruits reste *souvent* parfaitement claire.

ÉVOLUTION

Sous l'influence du traitement anti-syphilitique tout rentre dans l'ordre. Les signes généraux s'amendent, la toux et l'expectoration disparaissent les premiers. Les signes locaux persistent longtemps, mais au bout de deux ou trois mois de traitement, on note qu'ils sont beaucoup moins intenses.

Pour que le traitement agisse, il doit être appliqué précocement, car il faut agir sur une zone scléreuse suffisamment jeune, pour être accessible au traitement.

Abandonnée à elle-même, quelle va être l'évolution de cette basite syphilitique ?

Pendant de longues années, elle va soit passer inaperçue, si on ne revoit pas le malade, soit se signaler parfois par un simple point de côté. Si le malade se fait examiner, à ce moment, on note parfois quelques frottements pleuraux, quelques râles fins à une base.

Mais le plus souvent l'évolution est entrecoupée de congestions pulmonaires fréquentes, à répétition avec température, toux, expectoration, point de côté. Cette basite constitue un véritable point d'appel et après

chaque épisode pulmonaire on constate des séquelles beaucoup plus importantes. (1)

L'infection pulmonaire a réactivé chaque fois la lésion syphilitique.

Ces poussées inflammatoires ont déjà été étudiées par GATÉ et GARDÈRE et l'ECOLE LYONNAISE.

L'Étiologie de ces poussées inflammatoires, pour les Lyonnais, serait d'origine spécifique.

« On ne sait pas assez, écrivent FAYRE et CONTAMIN que la syphilis pulmonaire est capable de produire des lésions qui se constituent rapidement, et que son évolution peut s'accompagner de troubles fonctionnels très accusés. On ne connaît pas assez ces poussées évolutives, prises trop souvent pour une inflammation banale ».

« On attribue volontiers ces symptômes à des infections banales surajoutées et favorisées par l'altération des bronches du parenchyme pulmonaire et des vaisseaux. Nous croyons au contraire que la syphilis pulmonaire progresse comme la tuberculose fibreuse par poussées d'alvéolités congestives ou même pneumoniques.

GATÉ, GARDÈRE (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, le 21 juillet 1927).

CONTAMIN dit aussi : « On qualifie trop souvent de congestions pulmonaires banales sans apprécier davantage ce qui n'est qu'une manifestation évolutive

(1) Nous ne publions pas d'observations de ces poussées congestives. Leur tableau est classique et connu de tous. Seule leur Pathogénie et leur étiologie est intéressante.

de syphilis pulmonaire laissant après elles de nouvelles lésions qui s'organisent par la suite, en aggravant l'état antérieur. »

Ceci est l'avis de tout le monde. Les bronchites chroniques, les scléroses, les dilatations des bronches s'installent à la suite d'épisodes pulmonaires à répétition. Mais dans la majorité des cas, ces épisodes ont un caractère clinique nettement infectieux banal. Le caractère aigu qu'ils présentent (quoique ce ne soit pas une contre-indication au diagnostic de syphilis pulmonaire, puisqu'on décrit des formes pneumoniques granuliques de la syphilis pulmonaire. La brièveté de leur évolution (comme une affection pulmonaire aiguë) en un mot, tous les caractères cliniques, plaident, en faveur d'une infection banale surajoutée. On nous objectera : il y a le traitement d'épreuve. On peut difficilement juger son activité sur des épisodes aigus qui guérissent normalement en quelques jours. Le traitement n'agirait que sur la syphilis latente, sur laquelle s'est greffée l'infection aiguë, sur les séquelles qui donnent un caractère traînant à l'épisode aigu.

Nous ne nions pas les épisodes congestifs d'origine syphilitique. Ceux-ci évoluent à bas bruits, n'entraînent pas une grande richesse de signes fonctionnels : toux, expectoration, température. Mais du reste GATÉ et GARDÈRE, en 1935, sont moins affirmatifs.

« Un dernier point serait à envisager dans le diagnostic. C'est la discrémiation des complications infectieuses banales de la syphilis pulmonaire, des acci-

dents vraiment syphilitiques. Nous nous contenterons de soulever ce diagnostic sans essayer de le trancher. C'est affaire de sens clinique dans certains cas, toutefois, bien souvent, le doute persiste, car il faut toujours compter avec les coïncidences qui attribuent à un traitement les guérisons qui sont survenues spontanément. Il n'en demeure pas moins, qu'en dehors des poussées fétides et gangreneuses et des congestions grippales vite jugées, toutes poussées inflammatoires survenant sur une syphilis pulmonaire peut être de nature syphilitique.

« GATÉ et GARDÈRE : *Question médicale, actualité*, août 1935 ».

Pour nous cet épisode infectieux réactiverait chaque fois la syphilis pulmonaire latente, et finalement, ces sujets, deviennent des bronchitiques chroniques, des dilatés bronchites, des scléreux.

Donc les lésions scléreuses, mutilantes, irréversibles de la syphilis pulmonaire s'installeraient, à la suite d'épisodes pulmonaires aigus surajoutés, qui, chaque fois donneraient un coup de fouet à la syphilis pulmonaire.

Parmi ces épisodes, quelques-uns peuvent être exceptionnellement dûs au tréponème.

Illustrant cela, GATÉ et GARDÈRE racontent l'histoire d'un malade qu'ils ont observés dans le service d'un de leurs maîtres. C'était un malade atteint de dilatations bronchiques avec sclérose pulmonaire diffuse et expectoration matutinale tout à fait caractéristique. Ce malade était tabétique. Ce malade avait fait depuis

une quinzaine d'années de nombreux séjours à l'hôpital pour congestions pulmonaires. Ce malade avait présenté des congestions pulmonaires récidivantes avant d'être un toussueur et un cracheur.

Nous avons tous en mémoire des observations analogues.

Il est du reste classique que les dilatations des bronches, les bronchites chroniques, les scléroses pulmonaires s'installent à la suite d'épisodes pulmonaires infectieux récidivants. Il semble même qu'il y est un véritable état de synergie, entre la syphilis pulmonaire et l'infection aiguë, l'une favorisant l'écllosion de l'autre, et, cette dernière, aggravant la première.

Entre temps la syphilis pulmonaire évolue à bas bruit.

Chaque fois le processus de réactivation entrerait en jeu.

Au début, l'infection aiguë aurait un véritable rôle de « mordancage ».

Donc, cette basite constituerait un des modes de début de la syphilis pulmonaire.

Ces basites du reste sont assez fréquentes, GATÉ et GARDÈRE pensent, aussi, que les formes cortico-pleurales sont un des débuts les plus fréquents de la syphilis pulmonaire.

« Ces cortico-pleurites nous paraissent être le premier stade de la syphilis pulmonaire. Les formes fibreuses doivent se constituer, à notre avis, à la suite de poussée de cortico-pleurite ou de congestion plus profonde qui passent inaperçues. »

La basite cortico-pleurale n'est pas sans doute la seule forme de début, mais elle doit être assez fréquente, car, si l'on en croit les constatations anatomopathologique qui nous montrent des symphyses basales étendues, des plaques fibreuses sous-pleurales et des travées de sclérose qui partent de la plèvre et s'enfoncent dans le parenchyme pulmonaire tendant à créer l'aspect du poumon ficelé.

Donc pour empêcher l'évolution vers un stade de sclérose mutilante et irréversible, il faut, en présence de toutes séquelles d'infection pulmonaire aiguë, quand la tuberculose ne fait pas sa preuve, et que la syphilis est en jeu, tenter un traitement d'épreuve.

Il faut faire bénéficier le malade du doute et l'institution d'un traitement d'épreuve peut, en confirmant le diagnostic, arrêter l'évolution et prévenir de nouvelles attaques, car la syphilis joue le rôle « d'épine initative ». A l'abstention, le malade n'a rien à gagner, et au contraire, tout à perdre.

DIAGNOSTIC.

Comment se pose en clinique le diagnostic de basites syphilitiques ?

Le diagnostic différentiel du syndrome basite est en général évident. Tout au plus, quand on se trouve en présence d'un malade présentant en même temps des troubles cardiaques très discrets, peut-on se demander si ces râles ne sont pas en relation avec ceux-ci; mais, dans ce cas, les râles basaux disparaissent sous l'influence des toni-cardiaques.

On différenciera les bruits de basites, des râles de déplissements de BROUARDEL, qui s'entendent chez certains sujets, en dehors de toutes lésions pulmonaires, à la base d'un poumon, après un décubitus dorsal prolongé, râles fins inspiratoires, voisins du râle crépitent : signe d'hyperhémie sous-pléurale, ils sont dûs aux déplissements d'alvéoles atélétasiées.

Mais, ce qui importe surtout, c'est le *diagnostic étiologique* : il faut rapporter la basite à sa véritable cause.

Le diagnostic se fait en plusieurs temps :

1° Il faut d'abord s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une

affection TUBERCULEUSE ou de la BASITE CORTICO-PLÉURALE DE FAISANS ;

2° *Il faut montrer que le malade est un SYPHILITIQUE ;*

3° *Il faut prouver, par le TRAITEMENT D'ÉPREUVE, qu'il s'agit bien de syphilis.*

I. — Il ne s'agit pas de tuberculose.

La recherche du *bacille* KOCH dans l'expectoration est le fait capital, car tous les autres symptômes de la tuberculose peuvent être simulés par la syphilis, sauf celui-là seul.

L'examen sera donc répété plusieurs fois et à intervalles assez éloignés, en mettant en œuvre l'homogénéisation; on pratiquera l'inoculation des crachats au cobaye, qui est de toute importance. Chez les malades qui ne crachent pas, on pourra, comme ARMAND DELILLE, déceler le BK dans le contenu gastrique, ou comme SERGENT et VENOT, y ont insisté récemment le rechercher dans les selles.

Si toutes les recherches demeurent négatives, est-on en droit d'éliminer la tuberculose ? Nullement dans les basites il ne faut guère s'attendre même si elles sont tuberculeuses à trouver le bacille.

Et puis, nous savons les fréquences des tuberculoses fermées.

L'absence de bacille de Koch est une condition indispensable du diagnostic de basite syphilitique, mais on ne peut dire rien de plus.

Il faut rechercher dans les antécédents les signes d'imprégnations bacillaires.

Enfin la **Radiographie** qui montre l'absence des lésions parenchymateuses.

II — S'agit-il de Basite cortico-pleurale.

Il faut songer à la BASITE CORTICO-PLEURALE signalée pour la première fois par COLLIN (*de St-Honoré*), sous le nom de râles permanents des bases : puis MONGORGE (*du Mont-Dore*) l'étudia, et s'éloigna des conceptions de COLLIN qui n'y voyait qu'une manifestation arthritique pour se rapprocher d'une conception plus rationnelle. Plus tard, la basite fut étudiée par FAISANS qui donna son nom par LANDOUZY, BOIX, PERCEPIED, AUDISTÈRE.

Cliniquement, c'est un adulte emphysémateux qui à l'occasion d'une rhinite, d'une trachéo-bronchite banale, d'une atteinte de grippe même légère, d'une bronchite présentant des bruits anormaux dans une des bases du thorax (frottement, râles, crépitations sous-pleurales), bruits anormaux que JUMON désigne provisoirement sous le nom de *pseudo-râles*. Ces râles ne disparaissent jamais dans les périodes de bonne santé et existent en l'absence de toute affection pouvant expliquer leur présence.

Cette Basite constitue le résidu basal d'une cortico-pleurite ancienne, tuberculeuse ou non, et semble comme le reliquat à longue échéance d'une atteinte cortico-basale antérieure, persistant plus facilement dans certaines conditions chez les arthritiques et les emphysémateux.

On conçoit les difficultés du diagnostic avec la basite syphilitique que seule peut trancher l'épreuve du traitement.

II. — Le malade est un syphilitique.

C'est là le second temps du diagnostic.

On connaît le schéma classique : la syphilis peut être établie

par l'aveu du malade,

par l'examen général qui décèle une viscéropathie ou des stigmates nerveux syphilitiques,

par la sérologie.

BORDET-WASSERMANN, HECHT, DESMOULIÈRES, KAHN, MEINICKE.

Si les réactions sont négatives : réactiver le malade, les résultats positifs seuls ont de la valeur.

III. — Le traitement d'épreuve.

Il constitue à la fois la pierre de touche et le traitement de la maladie. Il faut l'appliquer, s'il n'y a pas de contre-indication, quand le malade est syphilitique ou quand il y a de fortes présomptions en faveur de la syphilis. Il a une très grande valeur, mais il doit être conduit avec précision. Il doit être énergique. Un traitement insuffisant peut aboutir à un échec, alors qu'il s'agit bien de syphilis. Il devient alors une cause d'erreur diagnostic. Les résultats du traitement doivent être rapides, nets, s'ils sont obtenus au cours d'une affection déjà ancienne, et stagnante, nul doute qu'il ne s'agit pas de coïncidence.

TRAITEMENT

Le traitement doit être prolongé, les cures répétées et modifiées suivant les réactions de la maladie.

La médication doit :

(a) — **Etre spécifique**

Les arsено-benzènes, le bismuth, le mercure sous forme de cyanure sont les traitements les plus actifs dans la syphilis pulmonaire.

Quant à l'iodure, qui a autrefois guéri des syphilis pulmonaires, il demande à être manié prudemment en raison des poussées congestives qu'il peut occasionner.

Il n'y a aucune raison d'en faire un traitement d'attaque.

N'oublions pas que le traitement est la base même, la pierre de touche de ces basites.

Il doit donc, tout en étant prudent, ne pas être timide.

Après avoir fait le bilan hépatique et rénal du malade, pour voir s'il n'y a pas de contre-indication, employer le mercure et le bismuth, dont on peut faciliter la tolérance par des cures thermales.

Lorsque le traitement d'épreuve aura apporté la certitude qu'il s'agit de syphilis pulmonaire, il faudra le poursuivre avec énergie.

On peut alors entre les cures de bismuth, cyanure, employer l'iode, soit sous forme de solution d'iodure de potassium, soit sous forme de capsule de Lipiodol, soit sous forme d'injection I. M. de Lipiodol.

Le traitement fera, à la longue disparaître les signes physiques, qui sont les plus longs à rétrocéder.

Mais, il laissera surtout persister un certain nombre de signes définitifs.

Ainsi il complétera le diagnostic, en discriminant parmi les lésions observées, celles qui sont silencieuses et définitives, de celles qui sont évolutives.

(b) — Médication respiratoire

Les symptômes fonctionnels et généraux : toux, expectoration, etc... seront naturellement traités suivant les méthodes habituelles, les sédatifs, les expectorants, les désinfectants, les toniques généraux.

(c) — Cure thermique

Les publications, les rapports de FLURIN et HEITZ au *Congrès International d'Hydrologie à Lisbonne*, en 1930, et celui de LANGENIEUX, MATHIEU et MONCORGE, aux *Journées Thermales de Lyon*, 1934, ont mis au point cette importante question, du rôle du soufre thermal, dans le traitement de la syphilis pulmonaire.

Le soufre possède une action adjuvante, singulièrement utile au cours des traitements spécifiques clas-

siques. On sait, depuis fort longtemps, que les eaux sulfureuses confèrent à la cure mercurielle une plus grande efficacité en facilitant l'absorption et l'élimination du médicament, en supprimant ou en atténuant les accidents d'intolérance, surtout nets, avec les préparations insolubles.

On admet que les sels de mercure forment, avec les tissus, des chloro-albuminates d'hydrargyre insolubles, dont les eaux sulfureuses facilitent la dissolution.

On considère que les cures thermales agissent, avec le bismuth, à peu près comme avec le mercure, et, *Levadidi* et *Howard* ont constaté une suractivité du bismuth par le glutathion que renferme la matière protéique ; mais, en ce qui concerne l'utilisation et l'élimination de l'arsenic, le rôle est moins connu.

Le soufre a-t-il une action spécifique sur la syphilis ?

On s'est fondé, pour l'affirmer, sur le fait que la cure thermique provoque des poussées congestives qui pourraient à la rigueur être comparées à la réaction d'HERXHEIMER, celle-ci traduisant l'atteinte de la lésion syphilitique, sous l'influence du traitement spécifique.

On a fait état, également, de l'amélioration obtenue dans certaines syphilis nerveuses par l'injection d'huile soufrée (BORY, SCHROEDER) : mais il s'agit vraisemblablement d'une simple pyrétothérapie.

L'action générale et locale du soufre intervient également : action stimulante sur l'état général,

action anti-anaphylactique, action antiseptique, rôle trophique dans la réparation des cellules mucipares de l'appareil respiratoire, vaso-dilatation, etc.

Les stations sulfureuses sont nombreuses : sulfurées, sodiques (CHALLES, AX, LUCHON, CAUTERETS, EAUX-BONNES, etc., etc...)

Sulfurées calciques (ALLEVARD).

Sulfurées chlorurées (URIAGE).

CONCLUSION

Au cours de ce travail, nous avons basé notre argumentation et notre discussion sur la critique, aussi minutieuse et impartiale, d'observations personnelles inédites.

Nous pensons pouvoir en déduire les conclusions suivantes :

1) PRATIQUE

En présence d'un malade présentant une affection pulmonaire chronique, séquelle d'une infection pulmonaire aiguë, il faut, après avoir éliminé la tuberculose, songer à la syphilis et la dépister par la Clinique, la Sérologie, l'Epreuve du Traitement. Lorsque celui-ci aura apporté la certitude qu'il s'agit de syphilis pulmonaire, il faudra le poursuivre avec énergie.

Il fera à la longue disparaître les signes physiques qui sont les plus longs à rétrocéder, et parfois il laissera persister un certain nombre de signes définitifs.

Ainsi, il complètera le diagnostic, en discriminant, parmi les lésions observées, celles qui sont scléreuses, de celles qui sont évolutives.

2) PATHOGÉNIQUE... ET ÉTIOLOGIQUE

Les séquelles sont de nature syphilitique, ainsi que le montre l'épreuve du traitement véritable, pierre de touche de ces basites.

Cette basite a été mise en évidence par l'infection pulmonaire aiguë.

Il semble que celle-ci ait joué un rôle déterminant et qu'elle a réactivé une lésion syphilitique latente, de même qu'elle réactive certaines lésions tuberculeuses jusque-là muettes.

Tandis que, dans ce cas, nous savons que la réviviscence de la tuberculose est expliquée par l'état « d'anergie » causé par la maladie, le réveil de la syphilis, par une infection aiguë, est beaucoup plus complexe.

Mis en évidence par le professeur GOUGEROT, ces éveils d'une syphilis, acquise et latente par le choc humoral d'une infection aiguë, « grande infection » (rhumatismes articulaires aigus, pneumococcies, gripes ou « petites infections », angine, etc., etc...) ne sont pas rares, si on les recherche systématiquement. Ces éveils se voient aussi au cours de l'hérédo-syphilis.

Ces syphilis, éveillées par une infection aiguë, se fixent surtout sur un organe que l'infection aiguë a l'habitude de léser.

Cette lésion reste mixte pendant plus ou moins longtemps, puis, devenant chronique, elle paraît n'être plus que syphilitique et évoluer pour son propre compte.

3) PRONOSTIC

Les séquelles, non traitées, évoluent soit à bas bruits, soit sous l'influence de nouvelles poussées infectieuses, qui laissent chaque fois des séquelles plus importantes, vers un stade définitif (dilatation des bronches, sclérose pulmonaire, bronchite chronique, ou un des multiples aspects de la syphilis pulmonaire).

Ces poussées seraient donc des épisodes infectieux, surajoutés aux lésions dues à la syphilis, elles revêtent, cliniquement, un caractère infectieux banal.

Nous pensons qu'à chacune de ces poussées le processus de réactivation, signalé plus haut, intervient.

Pour l'Ecole Lyonnaise, ces poussées congestives seraient dues au *Tréponème*.

Ces séquelles sont donc une des formes de début de la syphilis pulmonaire et celle-ci s'échafauderait, à la suite d'épisodes infectieux banaux, aggravant chaque fois les lésions initiales.

Il y a donc intérêt à traiter ces séquelles, avant qu'elles soient arrivées à un stade de sclérose mutilante et irréversible.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

P. AMEUILLE. — A propos de la syphilis pulmonaire. (*Journées médicales belges*, 24-28 juin 1933, in : *Scalpel*, n° 27, 8 juillet 1933, p. 1030).

— A propos de la syphilis pulmonaire. (*Bruxelles Médical*, n° 17, 25-2-34).

AMPITARTE RUBIO A. — Un caso de sífilis de la aetaria pulmonar. (*Rev. Med. sanitaria Agosto*, 1935).

F. C. ARILLAGA et A. C. TAQUINI. — Neumopatía crónica de difícil diagnóstico. (*Semana Med.* 2 : 653-659, Aug. 27, 1931).

AZOULAY. — La forme sèche hémoptoïque de la dilatation des bronches, 5 (*Paris*, 1924).

BALDASSARE SARDO. — Su di un caso di sífilide polmonare. (*Rivista Sanitaria Siciliana Ano XV, I Agosto* 1927, p. 781).

BANK H. E. — Syphilis of aorta and lung with atelectasis (*U. S. V. et Bur. M. Bull.* 7 : 592-595, June 1931).

BENDA. — La bronchite chronique syphilitique (*Paris*, 1927).

W. BERGERHOFF. — Interstitielle Lungenlues (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen* 42: 478-485, oct. 1930).

BEZACON et JACOB. — Un cas de syphilis pulmonaire.
(*Revue de la Tuber.* 1923).

H. G. BEVIL. — Pulmonary syphilis with report of case.
IM. Rec. et Ann. 25 : 758-760, June 1931).

BIER. — Syphilis pulmonaire. (*Nederlandsch Tydschrift
Voor Geneeskunde*, décembre 1935, p. 5744).

BONNAMOUR, BOUYSET et DOUBROW. — Pneumopathie
syphilitique ayant simulé la dilatation des bronches.
(*Soc. Méd. Hôpitaux de Lyon*, 22 juin 1926).

BONNAMOUR, BROCHIER et DOUBROW. — Pneumothorax
d'origine syphilitique. (*Soc. Méd. des Hôpitaux de
Lyon*, 22 décembre 1925).

BONNAMOUR, DOUBROW et BOUYSET. — Syphilis et can-
cer du poumon avec métastes rénale et vertébrale.
(*Lyon Médical*, 19 décembre 1926, p. 724).

— Syphilis et cancer du poumon avec métastes rénale
et vertébrale. (*Lyon Médical*, 29 décembre 1926).

IDE-CAISERMAN. — Etude clinique des formes pseudo-
tuberculeuses de la syphilis de l'appareil respira-
toire. (*Thèse Paris*, 1935. Ed. M. Vigne, 13, rue Ecole
Médecine, Paris).

CARRERA. — Les contre-indications des traitements anti-
syphilitiques chez les malades des poumons atteints
de syphilis acquise. (*Le Prensa Médica Argentina*,
10 juillet 1932).

CARSTEA, D. NEAGU et T. VALCEANU. — Syphilis of lungs
(*Spitalul* 50 : 581-288, July-Aug. 1930).

CASTELLANO et ORGAZ. — Sifilis del pulmon. (*La Prensa
Medica Argentina*, n° 10, 10 septembre 1928).

A. COURCOUX, J. LEREBoullet. — Un cas de syphilis pulmonaire (étude anatomo-clinique). (*Paris Médical*, 17 février 1934).

ESTUARTo CEVALLOS. — Sífilis pulmonar. (*Boletín del Hospital Civil de San Juan de Dios*, février-avril 1927, n^{os} 13, 14 et 15).

H. L. COCKERHAM. — Syphilis of the lung. (*New Orleans Medical and Surgical*, n^o 4, octobre 1929, p. 218).

COURCONSE et LELONG. — Remarques à propos de la syphilis pulmonaire. (*Marseille Médical*, 15 oct. 1926).

COURMONT, FAVRE et GARDER. — Pnéumothorax non tuberculeux par lésions syphilitiques pulmonaires avec examen histologique. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 22 décembre 1925).

DAUBRESSE MORELLE. — Syphilis pulmonaire. (*Société Belge de Dermatologie et de Syphil.* Séance du 11-11-34. In : *Bruxelles Médical*, n^o 4, 25-11-34).

— Un cas de syphilis pulmonaire. (*Société Belge de Radiol.* Séance du 14-10-34. In : *Bruxelles Médical*, n^o 4, 25-11-34).

DAUBRESSE MOREL, H. SOLE. — Un cas de syphilis pulmonaire. (*Annales de l'Institut chirurg. de Bruxelles*, n^o 9, 15 novembre 1934).

DECHAUME. — La granulie pulmonaire syphilitique. (*Question médicale d'actualité*, septembre 1935).

DEIST. — Die Lungensyphilis. (*Klin. Woch.* n^o 7, 12 fév. 1929, p. 314-318).

DE JONG. — La syphilis broncho-pulmonaire : état actuel de nos connaissances anatomo-pathologiques. (*Ann. d'Anatomie Pathologique*, t. III, mars 1926).

- G. DELAMARE, C. GATTI. — Fusopirochétose et syphilis pleuro-broncho-pulmonaire. (*Ann. d'Anat. path.* 8, 395, avril 1931).
- DIEULAFOY. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (497-8).
- DOHNER. — Sur le radiodiagnostic de la syphilis pulmonaire. (2^{me} CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA RADIOLOG., 1928).
- H. C. DENNMAN. — Syphilis of lung; report of case with autopsy findings. (*Ann. Intern. med.* 5 : 895-896, janvier 1932).
- C. DIENST. — Pulmonary syphilis in adults. (*Röntgenpraxis (Hft. 16)* 4 : 703-710, Aug. 1932).
- DOUBLOW. — Syphilis pulmonaire. (*Le Concours Médical*, n° 4, 22 janvier 1933).
- DOUGLAS. — Syphilis of the lungs. (*New-Orleans Med. a. Surg. J.* LXXX, 1927, p. 304).
- EINES. — Sur la question de la syphilis du poumon. (*Vopr. Tuberk.*, mars 1927, p. 21-28).
- C. F. ENSIGN. — Syphilis of lung. (*M. Bull. Vet. Admin.* 8 : 75-76, janv. 1932).
- EYCKMANS. — Syphilis pulmonaire. (*Soc. Belge de dermatologie et syphil.*, 10-2-35, in *Bruxelles Médical*, n° 18, 13-3-35).
- E. EYCKMANS. — Un cas de syphilis pulmonaire. (*Le Scalpel*, n° 35, 31 août 1935).
- EYNISSE. — Contribution à l'étude de la syphilis du poumon (*Ann. des Mal. Vénér.* XXIII, 1928, p. 540).

- FAVRE. — Indications générales du traitement de la syphilis respiratoire. (*Les stations thermales*, n° 6, 1934).
- FAVRE et CONTAMIN. — La syphilis pulmonaire granuleuse. Formes anatomiques et cliniques. Syphilis et tuberculose pulmonaires aiguës. (*Lyon Médical*, juillet 1928, p. 121).
- C. FLUSIGU. — Syphilis of lung. (*M. Bull. vet. Admin.* 8 : 75-76, janv. 1932).
- F. FORMAN. — Interesting case of syphilis of lungs. (*J. M. A. South Africa* 5 : 515-519, Aug. 22, 1931).
- J. GATÉ, H. GARDÈRE. — Les formes évolutives de la syphilis broncho-pulmonaire. (*Question médicale d'actualité*, n° 8, août 1935).
- BY GEOGGREY L. S. KONSTAM, M. D. LOND M. R. C. P. LOND. — Syphilis of the Lung with Pulmonary Arteritis. (*Ayerza's disease*). (*The Lancet*, oct. 12, 1929, p. 756).
- B. GERLI. — Della sifilide dell'apparato respiratorio con particolare riguardo alle localizzazioni polmonari. (*Clin. Med. Ital.*, 62 : 1045-1102, nov. 1931).
- GATÉ et BARADE. — Contribution à l'étude des pleurésies syphilitiques secondaires. (*Marseille Médical*, 15 mars 1928).
- GOUGEROT. — Pleurésie syphilitique secondaire et tuberculose. Hybrides syphilitico tuberculeux. (*Ann. Mal. Vén.*, juin 1931).
- JEAN GIRARD. — Quatre cas de syphilis du poumon. (*Gaz. Méd. de Picardie*, mars 1930).

- ALVIS E. GREER. — Pulmonary Syphilis. (*The Amer. Journ. of Syphilis*, vol. XIV, avril 1930, n° 2, p. 195-98).
- HÁJEK. — Sífilis de las vías altas respiratorias. (*La Medicina Germano-Hispano-Americana*, n° 5, Febrero de 1927).
- H. HAMMER. — Ueber Lungensyphilis. (*Röntgenpraxis* 3 : 301-307, 1^{er} avril 1931).
- ADOLPH HARTUNG et JOHN FREEDMAN. — Syphilis pulmonaire. Trois cas de syphilis pulmonaire acquise ; leurs aspects radiologiques. (*Journ. de l'Associat. Medic. Americ.*, 4 juin 1932). *Analyse in : arch. Med. Chir. de l'appareil respiratoire*, tome IX, n° 4, 1934, p. 366).
- A. HENCH. — Syphilis of lungs. (*Orvosi Hetil* 74 : 540-541, June 7, 1930).
- HOCCHSTETTER. — Syphilis of lungs. (*Med. Welt*. 5 : 1235-1238, Aug. 29, 1931).
- HORNECK. — Forme asthmatique de la syphilis pulmonaire. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 27 mars 1936, p. 503).
- Forme asthmatique de la syphilis pulmonaire. (*Deutsche medizinische Wochen*, t. 62, n° 13, 27 mars 1936, p. 503-504. In : *La Presse Médicale*, n° 81, 7 octobre 1936).
- G. HUGONOT, FERRABOUC, VEYSSI, P. GUICHÊNE. — Pneumopathie chez un syphilitique. (*Sté de Médecine militaire française*, St du 10 novembre 1935).
- H. J. HUTTER. — Case of syphilis of lungs. (*Am. J. Roentgenol.* 24 : 427-429, octobre 1930).

- IACONO. — Sifilide del pulmone. (*Gazzetta Medica Italo-Argentina*, n° 22, 30 novembre 1927).
- KARS NER. — Affection syphilitique cicatricielle de l'artère pulmonaire. (*Archives of internal medicine*, t. LI, n° 3, mars 1933, p. 387).
- F. KOCH. — *Pulmonary syphilis*. (*Med. Welt*, 6 : 1530, oct. 22, 1932).
- F. LANDSBERG. — Über den syphilitischen Pulmolobatus. (*Virchows arch. f. path. anat.* 277-583-594, 1930).
- LETULLE et DALSACE. — Les formes latentes de la syphilis. (*Presse Médicale*, 1926, n° 25).
- LETULLE. — Le poumon.
- LETULLE et DALSACE. — Trois formes larvées de syphilis pleuro-pulmonaire. (*Ann. de Dermat. et de Syphiligr.* Mars 1927).
- LA CAZE. — Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. (*Thèse de Bordeaux*, 1935-1936).
- LANGERON, DESORGHER. — Syphilis pulmonaire sclérogommeuse. (*Sté médicale et anatomo-clinique de Lille* s. du 10-4-34. In : *Journal des Sciences médicale de Lille*, n° 9, 13 mai 1934).
- LANGERON, DESPLATS, R., DESORGHER G. — Syphilis pulmonaire sclérogommeuse. Examen histologique et radiographique. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, n° 20, 20 mai 1934, p. 408).
- LECOMTE. — Un cas de syphilis pulmonaire. (*Liège Médical*, 9 mars 1930, p. 309).
- PH. LEDOUX. — L'adulte, syphilis pulmonaire pure. (*Courrier Médical*, n° 24, 2-6-35).

- L'adulte syphilis pulmonaire pure (suite). (*Le Courrier Médical*, n° 33, 19-8-34).
- Syphilis pulmonaire pure. (*Le Courrier Médical*, n° 37, 16 septembre 1934).
- Syphilis pulmonaire pure. Les cortico-pleurites syphilitiques (suite). (*Courrier Médical*, n° 39, 1^{er} octobre 1934).
- LEDoux. — Syphilis pulmonaire pure. Les cortico-pleurites syphilitiques (suite). (*Courrier Médical*, n° 39, 1^{er} octobre 1934).
- LEREBoullet. — Un cas de gomme syphilitique ulcérée du poumon. (*Paris Médical*, 20 juillet 1929, n° 29, p. 79).
- LETulle et DALSACE. — Les formes latentes de la syphilis pulmonaire. (*Presse Médicale*, 27 mars 1926).
- Trois formes larvées de la syphilis pleuro-pulmonaire. Pneumopathie paucilobulaire, à prédominance bronchique. La cortico-pleurite mutilante insulaire. La pneumonie ardoisée syphilitique. (*Ann. de Dermatologie*, mars 1927, n° 3).
- E. LÉVY. — Tumor suggestive of gumma. (*U. S. V. et Bur. M. Bull.* 7 : 403-404, avril 1931).
- JACQUES LÉVY, PHILIPPE LACAZE. — La forme gommeuse de la syphilis pulmonaire. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 28, 10 octobre 1936).
- J. Y. LOKSHIN et A. I. SHER. — Diagnosis of syphilis of lungs. (*Klin. Med.* n° 5, 9 : 269-271, 1931).
- I. LUNDHOLM et W. MASCHER. — Diagnosis of syphilis of lung. (*Beitr. z. klin. d. Tuberk.* 79 : 647-655, 1932).

- LYON. — Zur Frage der Erkrankungen des Lungen and Bronchien in der früperiodender syphilis. (*Med. Klin.* XXI, 1925, p. 403).
- M. C. MCINTYRE. — Frequency, pathology and roentgenologic appearance. (*Arch. Path.* II : 258-280, Feb. 1931).
- W. E. MAKAROW. — Clinical diagnosis of pulmonary syphilis with progressive paralysis. (*Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.* 133 : 438-446, 1931).
- PATINO MAYER. — Sifilis del Pulmon. (*La Medicina Argentino*, mai 1928).
- MERKLEN, M. WOLF et D. SICHEL. — Evolution régressive et guérison de gommes géantes du poumon, suivies sous l'écran. (*La Presse Médicale*, 5 octobre 1932, n° 80).
- P. MERKLEN, M. WOLF et D. SICHEL. — Evolution régressive et guérison de gommes géantes du poumon suivies sous l'écran. (*Presse Médicale*, 40 : 1493-1494, 5 oct. 1932).
- MINO et FERRARI. — Syphilis du poumon avec syndrome de suppuration pulmonaire. (*Boletin del instituto de Clinica Quirurgica*, n° 73, 1933).
- H. MONDON, P. LAHILLONE. — Sur un cas de syphilis pulmonaire à forme pneumonique. (*Sté Médicale des Hôp. de Lyon*, séance du 3 mars 1936. (*Journal de Médecine de Lyon*, 391-310, 20 avril 1936).
- R. MOREAU. — Un cas de syphilis pulmonaire aiguë. (*Paris Médical I* : 174-180, Feb. 20, 1932).
- Y. MORIKAWA. — Syphilis of lung. (*J. Orient. Med.* 16 : 14, Feb. 1932).

- S. J. MUZZIO. — Syphilis pulmonar. (*Dia med.* 3 : 557, 9 février 1931).
- MYERS. — Obscure chest-conditions with positive bronchoscopic findings including two cases of syphilis of Trachea and bronchi. (*Laryngoscope*, p. 193, 1926).
- PATINOEMAYER. — Sifilis del pulmon. Consideraciones de patologia general. (*La Medicina Argentina*, n° 72, Buenos-Aires, mai 1928, p. 175).
- A. NIJENSCHN et J. A. ETCHEVERRY. — Pleuropulmonary syphilis complicated by inflammatory mediastinitis. (*Semana Med.* I : 1885-1889, June 23, 1932).
- V. P. NORMAN. — Gumma of lung with unusual mode of onset. (*Brit. M. J.* 2 : 967, novembre 26; 1932).
- J. PAVIOT. — Cyanose et pneumopathies syphilitiques *Journal de Médecine de Lyon*, n° 337, 20-34.
- J. PAVIOT, P. BARRAL et A. GUICHARD. — Maladie bleue tardive et pneumopathie suphilitique. *Arch. Méd. Chir. de l'appareil Resp.* 8 : 19-29, 1933.
- PAVIOT, CHEVALLIER et REVOL. — Etude chimique des pigments d'un poumon noir syphilitique avec sirrhose (foie clouté) et néphrite scléreuse chronique. *Jour. de Méd. de Lyon*, n° 224, 5 mai 1929, p. 335.
- PAYON. — Sur un cas de pleurésie gommeuse syphilitique. *Marseille médical*, 1920.
- PEHU et ROUGIER. — Etude clinique de la syphilis broncho-pulmonaire dans la première enfance. *Revue française de pédiatrie*, n° 3, 1934.

- G. PETGES, A. PETGES, J. LEVY. — Résultats éloignés de deux années de traitement spécifique d'une syphilis pulmonaire et d'un syphilome anorectal. Deuxième présentation du malade. *Soc. anat. clin. de Bordeaux* s. du 6 mars 1933, In : *Journ. de med. de Bordeaux*, n° 14, 20 mai 1933.
- Al. PETGES et J. LEVY. — Syphilis pulmonaire et syphilome anorectal. Résultat après deux ans de traitement. *Sté. anatomo-clinique de Bordeaux*, s. du 6 mars 1933; In : *Gaz. Hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, n° 17, 23 avril 1933.
- G. PETGES, P. LECOULANT et DELAS. — Syphilome anorectal et syphilis pulmonaire probable. *Sté. Anato-mo-Clinique de Bordeaux*, Séance du 15 Avril 1929.
- RAYBAUD et JOUVE. — La syphilis du lobe supérieur. *Arch. méd. chirurg. de l'app. resp.* 1934, n° 4.
- A. RAYBAUD et A. JOUVE. — La syphilis du lobe supérieur. *Arch. médico chirurg. de l'appareil respiratoire*, tome IX, n° 4, 1934, p. 337.
- J. REITZEL. — Lobar pneumonia in Negroes : the influence of syphilis as Coexisting disease. *South. Med. Journ. Birmingham, Ala.* 1928, XXI, p. 469.
- A. RINCON de ARELLANO, J. ARTAL COSTA. — Syphilis pulmonaire. Considérations sur un cas de gomme solitaire du poumon. *Le Phare Médical de Paris*, n° 164, août 1936, p. 244.
- W. E. H. F. ROBERTSON. — *Pulmonary disease in the syphilitic. Internat. clin.* 3 : 23-33 sept. 1932.
- ROGER et SABAREANU. — Sur la déviation du complément par les sérosités des syphilitiques. *Soc. méd. hop. de Paris*, 21 janvier 1910.

- ROMAND-MONNIER. — Les granulées syphilitiques. *Thèse de Lyon*, 1930.
- J. ROTHMANN. — Syphilis of lung; report of 2 cases. *M. Bull. V. et Admin.* 9 : 314-317, Jan. 1933.
- ROUBIER. — Syphilome broncho-pulmonaire, considérations cliniques et radiologiques. *J. de med. de Lyon*, 12 : 615-620, 20 octobre 1931.
- RUKSTINAT. — Syphilis du poumon. *Arch. Path. Lab. Med.* Oc. 1926, p. 473-86.
- T. SAINT-JACQUES. — Syphilis pulmonaire. *Gazette médicale de France et des Pays de langue française*, n° 15, 15-9-1934.
- J. F. DOS SANTOS. — Vomica e syphilis pulmonar. *Rev. brasil de med. e pharm.* 7 : 159-162, april June 1931.
- G. R. SAPRE. — Case of syphilis of lungs. *Indian M. Gaz* 67 : 21-22, janvier 1932.
- SCHILLING C. — Die Lungen-Syphilis der Erwachsenen. *Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstr.*, XXXVII, 1928, p. 342.
- SERGEANT. — Syphilis et Tuberculose. *Masson*, 1907.
- SERGEANT. — Les épanchements pleuraux de la syphilis tertiaire. *Soc. méd. hop. Paris*, 11 février 1910.
- SERGEANT et BENDA. — Les gammes syphilitiques du poumon. *Paris méd.* 15 fév. 1930.
- SERGEANT et DUROND. — Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. *Acad. de médecine*, 1^{er} mai 1923.

- E. SERGENT et Et. PIOT et J. IMBERT. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des gommes syphilitiques du poumon. *La presse médicale*, n° 32, 21 avril 1934.
- SERGIO DEL RIO. — Un caso di sifilis pulmonar. *Revista Médica de Mala*, n° 56, Mayo de 1929, p. 1581.
- S. D. SIMON. — Syphilis of lung with report of case. *J. Med.* 14 : 186-192, June 1933.
- P. SIMONIN et F. TABELLION. — Formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis pulmonaire. *Paris médical*, n° 34, 25 août 1934, p. 133.
- SMITH O. D. — Late hereditary Syphilis with lung complications. Report of two cases. *Amer. Journ. Syph.* XII, 1928, p. 177 (fig.).
- SORS et RAKOWEfi. — Sur un cas de syphilis pulmonaire simulant la tuberculose. *Monde médical*, 1912.
- M. SORS. — Sur un cas de syphilis pulmonaire simulant la tuberculose. *Le Monde Médical*, n° 808. 15 avril 1932.
- I. E. SORDIN. — Diagnosis of pulmonary syphilis. *Vrach. delo* 15 407-409, 1932.
- STOICHITZA et CRETZA. — La forme lobaire de la syphilis pulmonaire. *Archives médico-chirurgicales de l'app. respirat.* 1935, n° 1.
- N. N. STOICHITZA, V. CRETZU. — La forme lobaire de la syphilis pulmonaire. *Arch. med. chir. de l'appareil respiratoire* Tome X, n° 1, 1935.
- TARSIS. — De la syphilis pulmonaire. *Venerol i Dermat.*, Mai 1927, n° 5.

FRANK E. et TYLECOTE. — Remarks on pulmonary syphilis. *Lancet*, 24 Sept. 1927.

TABELLION. — De quelques aspects pseudo-tuberculeux de la syphilis pulmonaire. *Thèse Nancy*, 1932.

VALDIVIESO et SANHUEZA. — Sífilis pulmonar. *Revista Médica de Chile*, mai 1928.

C. R. N. F. VAN JOOST. — Suspected case of pulmonary suphilis. *Geneesk. tijdschr. v. Nerderl. Indis* 72 : 25-27, Jan. I. 1932.

VILLAREJO. — Syphilis pulmonaire. *La Médecine Ibero*, 20 Juin 1936, p. 855.

WOLFF et SICHEL. — Un cas de syphilis pulmonaire. *Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France* 20 : 575-577, Nov. 1932.

X. — La syphilis du poumon. *Journal des Praticiens*, 10 novembre 1928.

Sur les cortico Pleurites-Syphilitiques :

GATE et GARDÈRE. La Syphilis pulmonaire a forme de cortico Pleurite. *Soc. Med. des hôp. Lyon*, 21 juillet 1927.

GATE et GARDÈRE. — Erytheme Polymorphe et cortico pleurite d'origine syphilitique.

SERGEANT et BENDA. — Bronchite chronique d'origine syphilitique. in *These Benda* (Paris 1927). Observation n° 3.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
